



PERİANAL APSE BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Doküman No	YÖN.RB.187
Yayın Tarihi	03.02.2015
Rev.No	01
Rev.Tarihi	20.09.2016
Sayfa no	2/1

Sayın Hasta, Sayın Veli/Vasi

Lütfen bu formu dikkatle okuyun. Bu form sizi işlem hakkında bilgilendirme amacıyla oluşturulmuştur. Bilgilendirme sonucunda tamamen serbest iradenizle işlemi yaptırma veya reddetme hakkına sahipsiniz. Size Perianal abse teşhisi konulduğu ve tedavi olarak insizyon ve drenaj önerildi.

İşlem Hakkında Bilgi:

İnsizyon ve drenajın anlamı anüse yakın abseye bir kesi yapılarak iltihabın boşalmasına olanak sağlamaktır.

Genel veya spinal anestezi veya sedasyon altında abse tavanına kesi yapılarak iltihap boşaltılır. Abseden ve duvarından küçük parçalar inceleme ve tanı doğrulaması için tahlile gönderilebilir.

Abse boşluğu yıkanır ve ek birikimler kibar delmeler ile boşaltılır. Yara ağzının iltihap kurumadan kapanmasını sağlamak için ciltten küçük bir alan çıkarılabilir ve/veya yara ıslak örtüler ile örtülerek kapatılır.

İşlemin Riskler, (Komplikasyonları):

Sık Görülen Risklerdir: Burada belirtilmeyen başka risklerde olabilir lütfen aklınızda olan sorular için cerrahınız ile görüşünüz.

Anestezi: Anestezi bilgilendirme formunda anestezi ve olabilecek riskler konusunda bilgiler göreceksiniz. Herhangi bir endişeniz olursa anestezi uzmanı ile görüşünüz. Bilgilendirme formu verilmediyse lütfen isteyiniz.

Kullanılan herhangi bir ilaca bağlı yan etkiler gelişebilir. Sık görülen yan etkiler arasında baş dönmesi, bulantı, cilt döküntüsü ve ishal veya kabızlık vardır. Röntgen çekiminde görülebilecek maddeye bağlı düşük düzeyde reaksiyon riski vardır.

İşleme Özgü Riskler: Abse tekrarlayabilir ve tekrar cerrahi gerekebilir. Anal fistül gelişebilir. (barsak ile cilt arasında kanal) bu iyileşmeden ileri cerrahi girişim gerektirebilir. Eğer zaten fistül oluştu ise ve cerrahi sırasında tespit edilir ise anında müdahale yapılabilir. Bu nadiren büyük abdest ve gaz tutma ile ilgili sorunlar yapabilir. Bakteriemi gelişebilir (kanıma mikrop karışabilir). Bu durumda ateş, üşüme titreme olabilir, antibiyotik verilmesi gerekebilir. Ameliyattan sonra geçici olarak idrar yapma zorluğu olabilir ve idrar sondası takmak gerekebilir. Nadiren altta yatan bir hastalık var ise yara çok yavaş iyileşebilir veya iyileşmeyebilir. Bu olur ise ek tetkikler gerekebilir ve bunların sonuçlarına göre ek tedaviler gerekebilir. Çok nadiren infeksiyon çevre dokulara yayılabilir ve yoğun antibiyotik tedavisi gerektirebilir.

Risklerin bazılarının sigara içtiğinizde, fazla kilolu, şeker hastası, yüksek tansiyonunuz olduğunda veya kalp hastalığı geçirmiş olmanız durumunda olasılıklarının artabilir.

Hekime Bildirilmesi Gerekenler:

Lütfen ameliyat öncesi var olan teşhis edilmiş tüm hastalıklarınızı, aldığınız tüm ilaçlarınızı, varsa ailesel hastalıklarınızı, alerjik durumunuzu bildirin. Öncelikle aspirin ve coumadin gibi pıhtılaşma önleyiciler olmak üzere kullandığınız tüm ilaçları, mevcut sistemik hastalıklarınızı, vücudunuzda kalp pili ve ameliyatla takılmış platin gibi metallerin olup olmadığını işlem yapılmadan önce doktorunuza mutlaka bildirin.

İşlemin Uygulanmaması Durumunda Karşılaşılabilecek Sonuçlar:

Anal Fistül, bakteriyemi, çevre dokulara yayılma, şiddetli ağrı, ateş, üşüme titreme ve ilave yoğun antibiyotik kullanımı

İşlem Sonrası Dikkat Edilmesi Gerekenler:

Yapılan işlem sonrası gerekli görüldüğünde verilecek tedavileri düzenli olarak kullanınız. Pansuman veya kontrol amacıyla verilen randevularınıza mutlaka geliniz.

Tedaviden en fazla oranda yarar en az oranda zarar görmeyi sağlamak için elimizden geleni yapacağız.

Bu tedaviyi almayı reddedebilirsiniz. Bu tedaviyi almak isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde size uygulanan tedavide yada bundan sonra kliniğimizde size karşı davranışlarımızda herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Diğer uygun alternatif tedavilere geçilebilecektir. Tedavinin herhangi bir aşamasında tedaviyi bırakma hakkına sahipsiniz.

Hasta, Vekil Veya Vasinin Onam Açıklaması

- Doktorum bana sağlık durumum ile ilgili gerekli açıklamaları yaptı.
- Planlanan tedavi / girişimin ne olduğu, gerekliliği, girişimin seyri ve diğer tedavi seçenekleri, bunları riskleri, tedavi olmadığım takdirde ortaya çıkabilecek sonuçlar, tedavinin başarı olasılığı ve yan etkileri hakkında ayrıntılı bilgi edindim
- Tedavi / girişimden önce ve sonra dikkat etmem gereken hususları anladım
- Tanı / tedavi / girişim sırasında benimle ilgili tüm dokümanların ve alınan örneklerin eğitim amaçlı kullanılabileceğini açıkladı.
- Doktorum tüm sorularımı anlayabileceğim şekilde yanıtladı.

PERİANAL APSE BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Dokuman No	YÖN.RB.187
Yayın Tarihi	03.02.2015
Rev.No	01
Rev.Tarihi	20.09.2016
Sayfa no	2/2

- Tedavi / girişim uygulayacak kişiler hakkında bilgi edindim.
- Aklim başımda ve kendimi karar verecek yeterlilikte görüyorum.
- İstemediğim takdirde tedavi / girişime onam vermek zorunda olmadığımı ve/ veya istediğim aşamada işlemi durdurabileceğimi biliyorum.

İşlemin Tahmini Süresi : 30-45 dakikadır

Kullanılacak İlaçların Önemli Özellikleri: Hastanede bulunduğum süre içerisinde tanı ve tedavi için kullanılacak ilaçlarla ilgili önemli özellikler (ne için kullanıldığı, faydaları, yan etkileri, nasıl kullanılacağı) konusunda bilgi aldım.

Hastanın Sağlığı İçin Kritik Olan Yaşam Tarzı Önerileri: Tedavim/Ameliyatım sonrasında yaşam tarzım için yapmam gerekenleri (Diyet, banyo, ilaç kullanımı, hareket durumu ve/veya kısıtlama durumu) ile ilgili bilgi aldım.

Gerektiğinde Aynı Konuda Tıbbi Yardıma Nasıl Ulaşabileceği: Gerektiğinde aynı konuda tıbbi yardıma (Kendi hekimine, farklı bir hekime, tedavi gördüğü kliniğe ve acil durumlarda da 112'ye) nasıl ulaşacağım konusunda bilgi aldım.

Bize Ulaşabileceğiniz Telefon Numaraları: Hastane Tel: 0 212 274 69 25 – 444 25 93

Yapılacak işlemlerle ilgili daha detaylı bilgi almak için hekiminize danışabilirsiniz.

Lütfen; hastalığınız, tedavi süreciniz, cerrahi işlem, oluşabilecek yan etkiler ve olası tüm riskler ile ilgili size anlatılanları ve okuduklarınızı anladığınızı kendi el yazınızla beyan ediniz:

.....
.....

Tarih:...../...../..... Saat:

HASTANIN BİLİNCİ AÇIK İSE	HASTANIN BİLİNCİ KAPALI VE YANINDA YASAL TEMSİLCİSİ VAR İSE;
Hastanın Hasta Adı Soyadı:..... Adresi Tel.No:..... İmza:	Yasal Temsilci *(Vasi) veya Veli Hasta Adı Soyadı:..... Adresi. Tel.No:..... İmza:
Doktor Adı Soyadı:..... İmza:	Doktor Adı Soyadı:..... İmza:
Şahit** Adı Soyadı:..... İmza:	Şahit** Adı Soyadı:..... İmza: